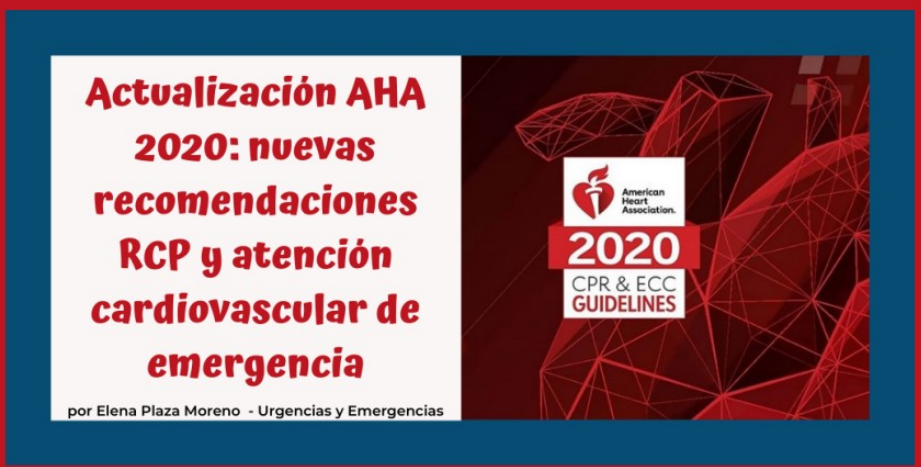
ALGORITMOS RCP AHA 2020

VERSIÓN 4 - 17/07/2021

DESCARGABLES AQUÍ:
https://www.urgenciasyemergen.com/sdm_downloads/algoritmos-rcp-aha-2020-adultos-y-pediatria/


Actualización AHA 2020: nuevas recomendaciones RCP y atención cardiovascular de emergencia
por Elena Plaza Moreno - Urgencias y Emergencias
American Heart Association.
2020
CPR & ECC
GUIDELINES

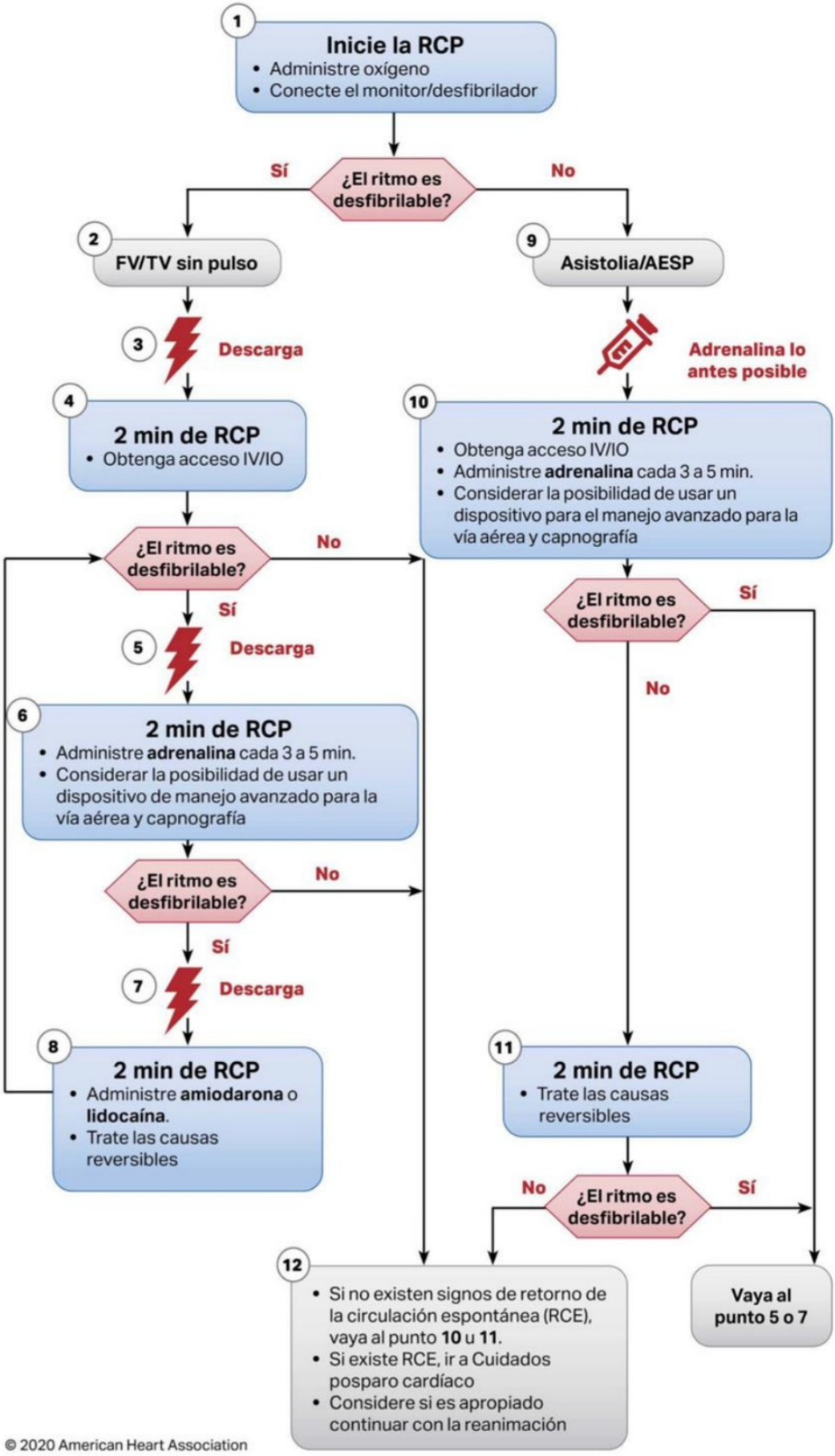
Escanea el código QR o haz clic en la imagen para acceder al analisis de mi web

RECOPILACIÓN DE ALGORITMOS OFICIALES PROPIEDAD DE AHA -
AUTORÍA: ELENA PLAZA MORENO - URGENCIAS Y EMERGENCIAS

SHOUT
SHARE
IT

Adultos

Algoritmo de paro cardiaco en adultos



© 2020 American Heart Association

Calidad de la RCP

- Comprima fuerte (al menos 5 cm [2 pulgadas]) y rápido (a entre 100 y 120 c. p. m.), y permita una expansión torácica completa.
- Minimice las interrupciones entre compresiones.
- Evite una ventilación excesiva.
- Cambie de compresor cada 2 minutos, o antes si está cansado.
- Si no hay un dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, considere una relación de compresión-ventilación debe ser de 30:2.
- Capnografía cuantitativa
  - Si la P_{ETCO_2} es baja o está en disminución, vuelva a evaluar la calidad de la RCP.

Energía de descarga para desfibrilación

- **Bifásica**: recomendación del fabricante (por ejemplo, dosis inicial de 120 a 200 J); si se desconoce, use el valor máximo disponible. La segunda descarga y las posteriores deben ser equivalentes, y puede considerarse la administración de valores superiores.
- **Monofásica**: 360 J.

Farmacoterapia

- **Dosis IV/IO de adrenalina:** 1 mg cada 3 a 5 minutos
- **Dosis IV/IO de amiodarona:** Primera dosis: bolo de 300 mg. Segunda dosis: 150 mg.
  o
  Dosis IV/IO de lidocaína: Primera dosis: De 1 a 1,5 mg/kg.
  Segunda dosis: De 0,5 a 0,75 mg/kg.

Manejo avanzado de la vía aérea

- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez llevado a cabo el manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

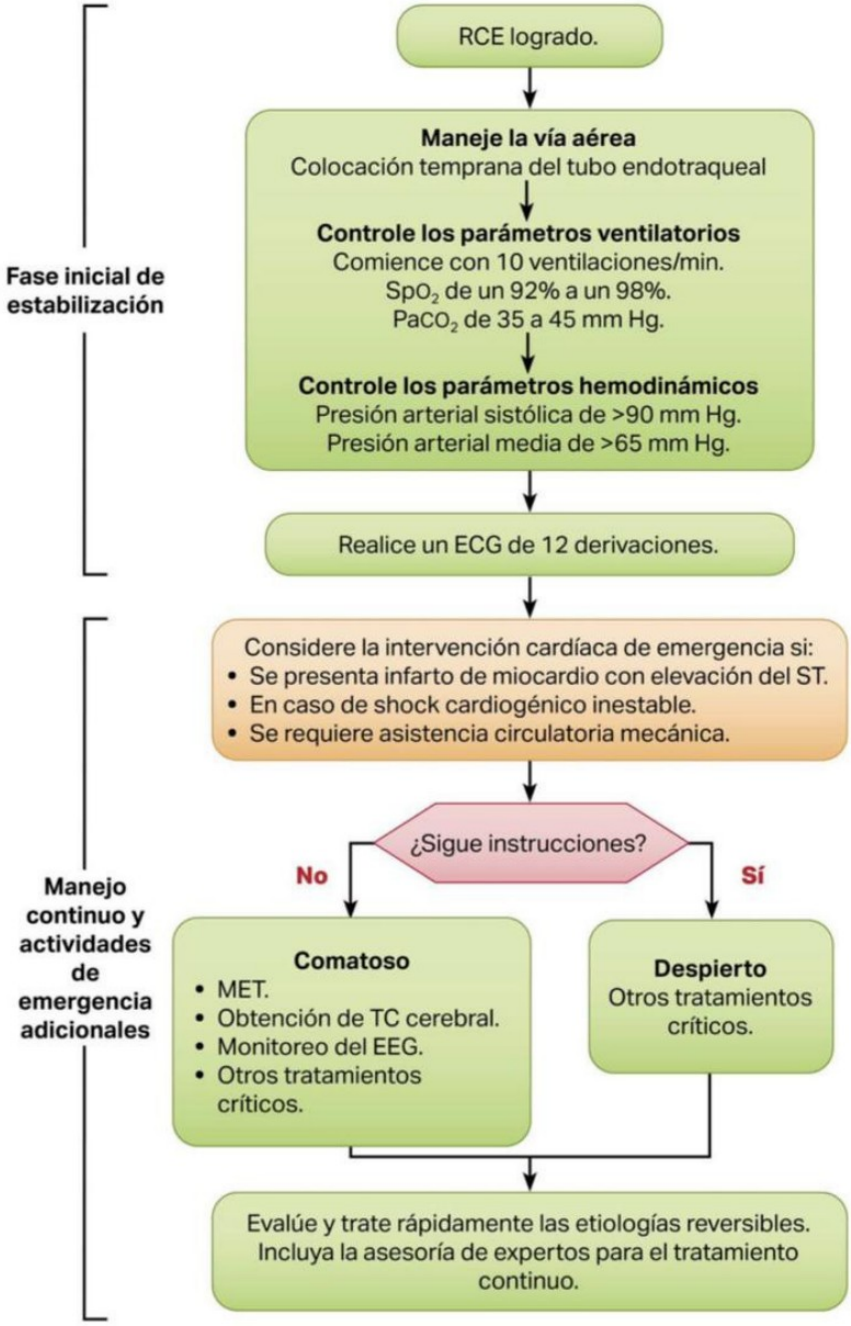
Retorno de la circulación espontánea (RCE)

- Pulso y presión arterial
- Aumento repentino y sostenido de la P_{ETCO_2} (normalmente de ≥40 mm Hg).
- Ondas espontáneas de presión arterial con monitoreo intraarterial

Causas reversibles

- **H**ipovolemia
- **H**ipoxia
- **H**idrogenión (acidosis)
- **H**ipo-/hiperpotasemia
- **H**ipotermia
- **T**ensión, neumotórax
- **T**aponamiento cardíaco
- **T**oxinas
- **T**rombosis pulmonar
- **T**rombosis coronaria

Algoritmo recuperación de la circulación espontánea


Fase inicial de estabilización
Manejo continuo y actividades de emergencia adicionales
RCE logrado.
Maneje la vía aérea
Colocación temprana del tubo endotraqueal
Controle los parámetros ventilatorios
Comience con 10 ventilaciones/min.
SpO2 de un 92% a un 98%.
PaCO2 de 35 a 45 mm Hg.
Controle los parámetros hemodinámicos
Presión arterial sistólica de >90 mm Hg.
Presión arterial media de >65 mm Hg.
Realice un ECG de 12 derivaciones.
Considere la intervención cardíaca de emergencia si:
• Se presenta infarto de miocardio con elevación del ST.
• En caso de shock cardiogénico inestable.
• Se requiere asistencia circulatoria mecánica.
¿Sigue instrucciones?
No
Sí
Comatoso
• MET.
• Obtención de TC cerebral.
• Monitoreo del EEG.
• Otros tratamientos críticos.
Despierto
Otros tratamientos críticos.
Evalúe y trate rápidamente las etiologías reversibles. Incluya la asesoría de expertos para el tratamiento continuo.

Fase inicial de estabilización

La reanimación continúa durante la fase posterior al RCE, y muchas de estas actividades pueden ocurrir simultáneamente. Sin embargo, si se debe establecer una priorización, siga estos pasos:

- Manejo de la vía aérea: Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo endotraqueal
- Manejo de los parámetros ventilatorios: ajuste la FIO_2 para la SpO_2 en un 92% a un 98%; comience con 10 ventilaciones/min. Ajuste a una $PaCO_2$ de 35 a 45 mm Hg.
- Manejo de los parámetros hemodinámicos: administre cristaloides o vasopresores o inotrópicos para la presión arterial sistólica objetivo de >90 mm Hg o la presión arterial media de >65 mm Hg.

Control continuo y prácticas de emergencia adicionales

Estas evaluaciones deben realizarse simultáneamente para que las decisiones sobre manejo específico de la temperatura (MET) reciban una alta prioridad como intervenciones cardíacas.

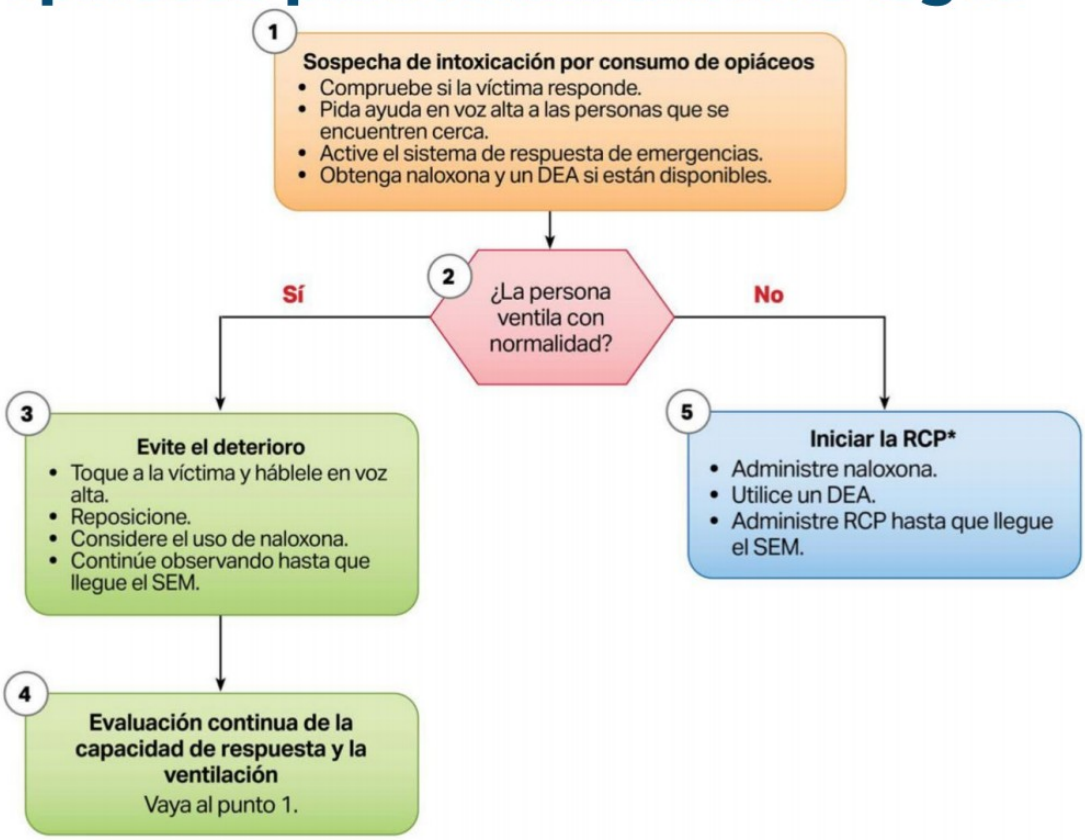
- Intervención cardíaca de emergencia: Evaluación temprana de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones; considere la hemodinamia para la toma de decisiones sobre la intervención cardíaca.
- MET: si el paciente no está siguiendo órdenes, inicie el MET lo antes posible; comience a una temperatura de entre 32 °C y 36 °C durante 24 horas utilizando un dispositivo de refrigeración con un bucle de retroalimentación.
- Otros tratamientos críticos.
  - Monitoree continuamente la temperatura central (esofágica, rectal, de la vejiga).
  - Mantenga la normoxemia, la normocapnia y la euglucemia.
  - Monitoree el electroencefalograma (EEG) de forma continua o intermitente.
  - Proporcione ventilación de protección pulmonar.

Las H y T

Hipovolemia
Hipoxia
Hidrogenión (acidosis)
Hipopotasemia/**h**iperpotasemia
Hipotermia
Tensión, neumotórax (a tensión)
Taponamiento cardíaco
Toxinas
Trombosis pulmonar
Trombosis coronaria

© 2020 American Heart Association

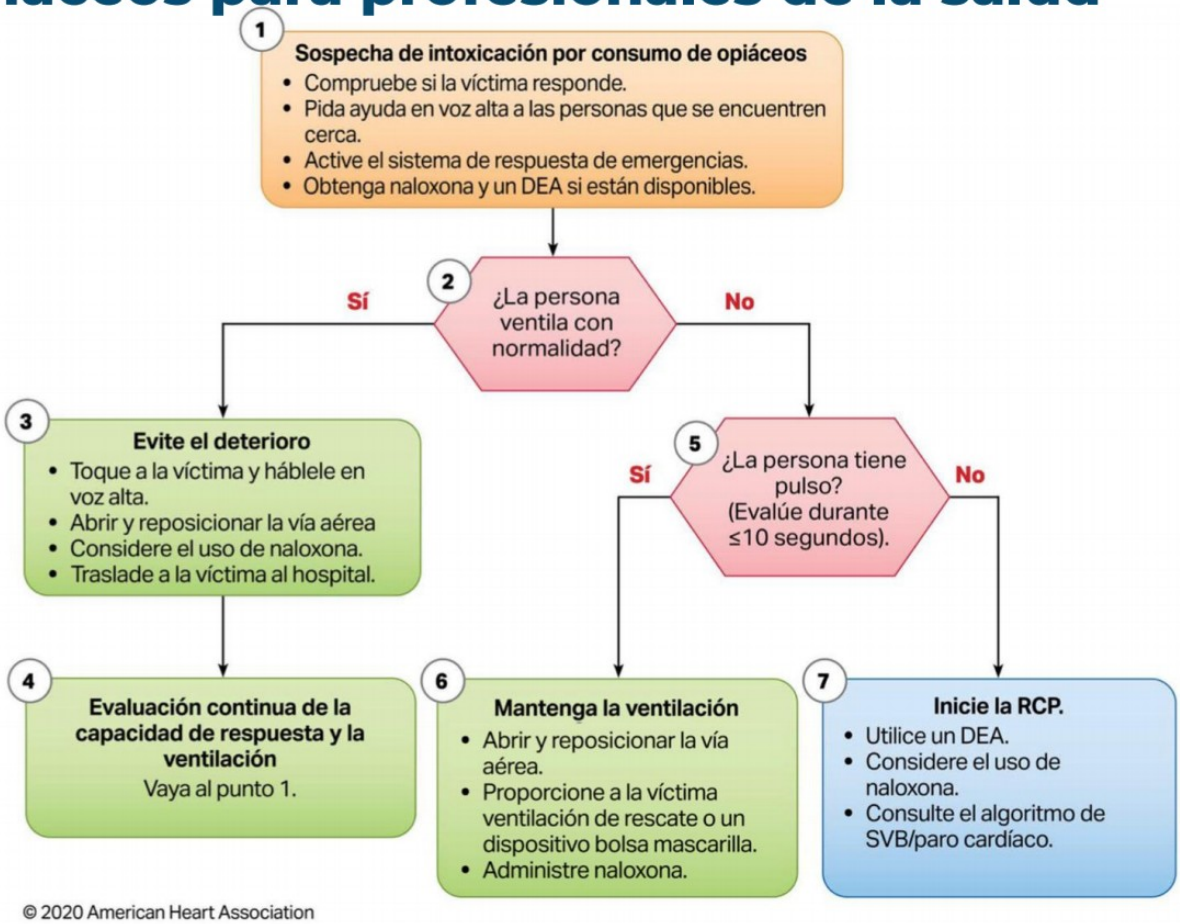
Algoritmo de emergencia asociada al consumo de opiáceos para reanimadores legos


1
Sospecha de intoxicación por consumo de opiáceos
• Compruebe si la víctima responde.
• Pida ayuda en voz alta a las personas que se encuentren cerca.
• Active el sistema de respuesta de emergencias.
• Obtenga naloxona y un DEA si están disponibles.
2
¿La persona ventila con normalidad?
Sí
No
3
Evite el deterioro
• Toque a la víctima y háblele en voz alta.
• Reposicione.
• Considere el uso de naloxona.
• Continúe observando hasta que llegue el SEM.
4
Evaluación continua de la capacidad de respuesta y la ventilación
Vaya al punto 1.
5
Iniciar la RCP*
• Administre naloxona.
• Utilice un DEA.
• Administre RCP hasta que llegue el SEM.

*En el caso de víctimas adultas y adolescentes con emergencias relacionadas con el consumo de opiáceos, el rescatador entrenado debe realizar RCP con compresiones y ventilaciones. Si no está entrenado en realizar ventilaciones, debe realizar RCP solo con las manos. En el caso de lactantes y niños, la RCP debe incluir compresiones con ventilaciones de rescate.

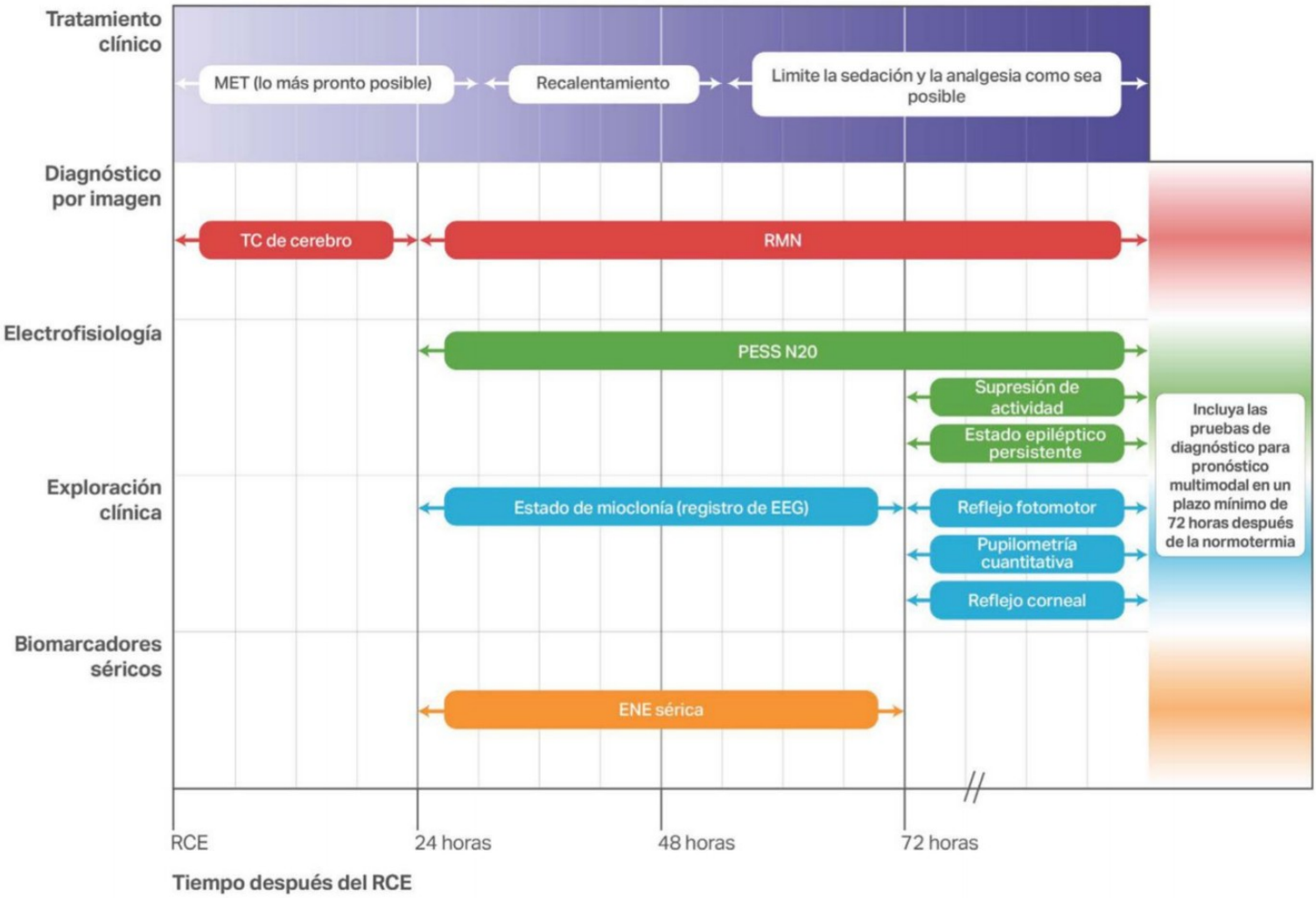
© 2020 American Heart Association

Algoritmo de emergencia asociada al consumo de opiáceos para profesionales de la salud


1
Sospecha de intoxicación por consumo de opiáceos
• Compruebe si la víctima responde.
• Pida ayuda en voz alta a las personas que se encuentren cerca.
• Active el sistema de respuesta de emergencias.
• Obtenga naloxona y un DEA si están disponibles.
2
¿La persona ventila con normalidad?
Sí
No
3
Evite el deterioro
• Toque a la víctima y háblele en voz alta.
• Abrir y reposicionar la vía aérea
• Considere el uso de naloxona.
• Traslade a la víctima al hospital.
4
Evaluación continua de la capacidad de respuesta y la ventilación
Vaya al punto 1.
5
¿La persona tiene pulso? (Evalúe durante ≤10 segundos).
Sí
No
6
Mantenga la ventilación
• Abrir y reposicionar la vía aérea.
• Proporcione a la víctima ventilación de rescate o un dispositivo bolsa mascarilla.
• Administre naloxona.
7
Inicie la RCP.
• Utilice un DEA.
• Considere el uso de naloxona.
• Consulte el algoritmo de SVB/paro cardíaco.

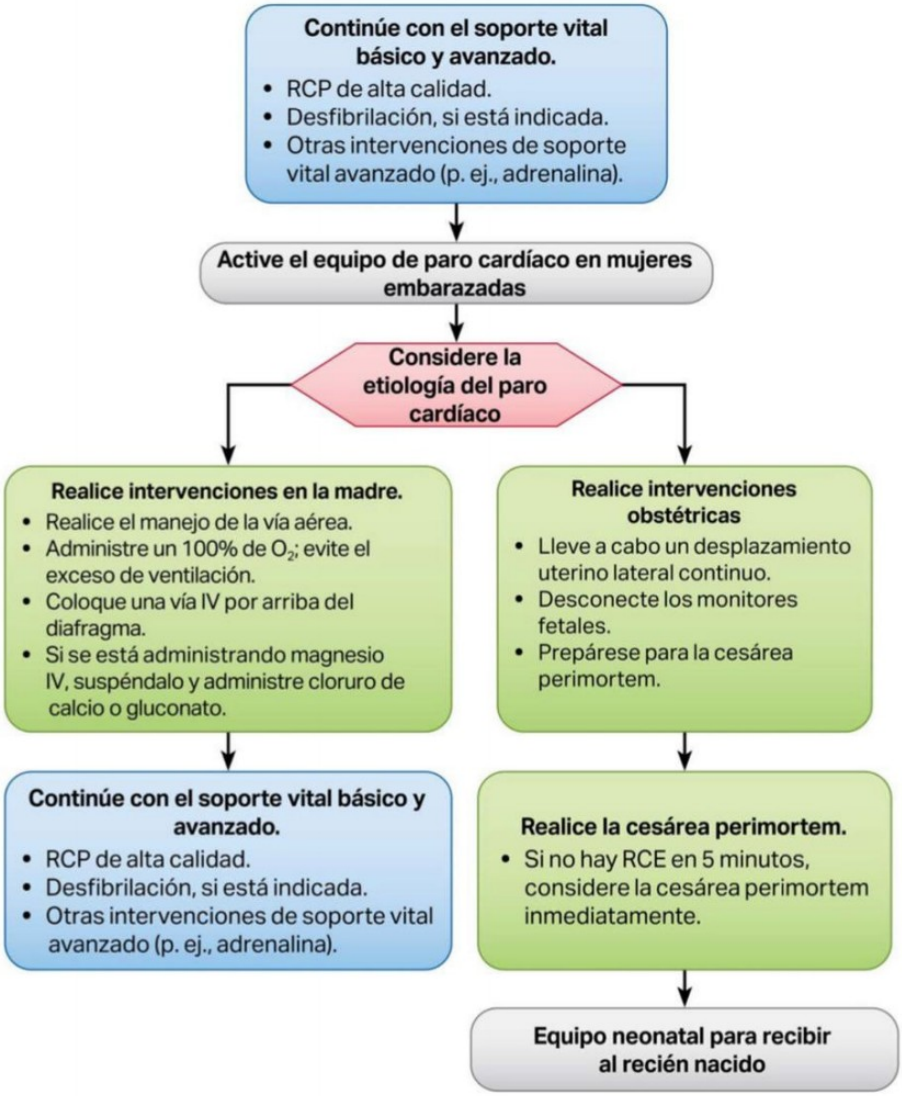
© 2020 American Heart Association

Enfoque recomendado para el neuropronóstico multimodal en pacientes adultos después de un paro cardíaco



Nuevas cadenas de supervivencia adultos (intra y extrahospitalaria)

Algoritmo de soporte vital avanzado intrahospitalario para el paro cardíaco en el embarazo


Continúe con el soporte vital básico y avanzado.
• RCP de alta calidad.
• Desfibrilación, si está indicada.
• Otras intervenciones de soporte vital avanzado (p. ej., adrenalina).
Active el equipo de paro cardíaco en mujeres embarazadas
Considere la etiología del paro cardíaco
Realice intervenciones en la madre.
• Realice el manejo de la vía aérea.
• Administre un 100% de O_2; evite el exceso de ventilación.
• Coloque una vía IV por arriba del diafragma.
• Si se está administrando magnesio IV, suspéndalo y administre cloruro de calcio o gluconato.
Realice intervenciones obstétricas
• Lleve a cabo un desplazamiento uterino lateral continuo.
• Desconecte los monitores fetales.
• Prepárese para la cesárea perimortem.
Continúe con el soporte vital básico y avanzado.
• RCP de alta calidad.
• Desfibrilación, si está indicada.
• Otras intervenciones de soporte vital avanzado (p. ej., adrenalina).
Realice la cesárea perimortem.
• Si no hay RCE en 5 minutos, considere la cesárea perimortem inmediatamente.
Equipo neonatal para recibir al recién nacido

© 2020 American Heart Association

Paro cardíaco en una mujer embarazada

- La planificación del equipo debe realizarse en colaboración con los servicios de obstetricia, neonatales, de emergencia, anestesiología, cuidados intensivos y paro cardíaco.
- Las prioridades para las mujeres embarazadas en paro cardíaco deben incluir el suministro de RCP de alta calidad y alivio de compresión aorto-cava con desplazamiento uterino lateral.
- El objetivo de la cesárea perimortem es mejorar los resultados maternales y fetales.
- Lo ideal es que realice una cesárea perimortem en 5 minutos, según los recursos de los profesionales y sus habilidades.

Manejo avanzado de la vía aérea

- En el embarazo, es común tener una vía aérea dificultosa. Recurra al profesional con más experiencia.
- Haga intubación endotraqueal o use un dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Utilice la capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.
- Una vez colocado el dispositivo de manejo avanzado de la vía aérea, realice 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto) con compresiones torácicas continuas.

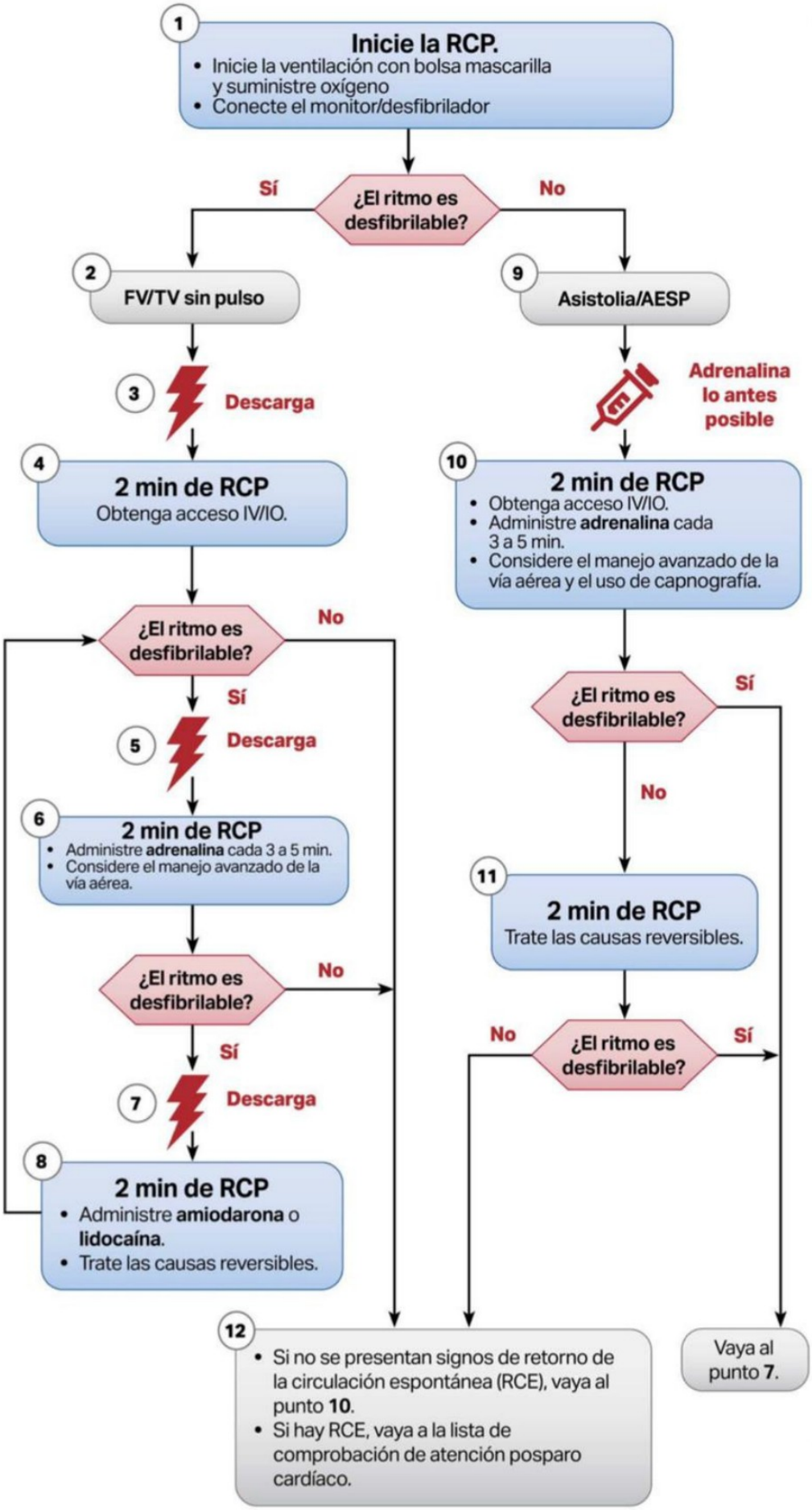
Posible etiología del paro cardíaco en una mujer embarazada

A: complicaciones con la anestesia.
B: sangrado.
C: cardiovascular.
D: drogas.
E: embolia.
F: fiebre.
G: causas generales no obstétricas del paro cardíaco (las H y las T).
H: hipertensión.

Pediatría

RECOPILACIÓN DE ALGORITMOS OFICIALES PROPIEDAD DE AHA -
AUTORÍA: ELENA PLAZA MORENO - URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Algoritmo de paro cardiaco pediátrico



Calidad de la RCP

- Comprima fuerte (≥⅓ del diámetro anteroposterior del tórax) y rápido (de 100 a 120/min) y permita una expansión torácica completa.
- Reduzca al mínimo las interrupciones entre compresiones.
- Cambie al compresor cada 2 minutos o antes, si está cansado.
- Si no se cuenta con una vía aérea avanzada, la relación compresión-ventilación debe ser de 15:2.
- Si se cuenta con una vía aérea avanzada, realice compresiones continuas y suministre una ventilación cada 2 a 3 segundos.

Energía de descarga para desfibrilación

- Primera descarga 2 Joules/kg
- Segunda descarga 4 Joules/kg
- Descargas posteriores ≥4 Joules/kg, con un máximo de 10 Joules/kg o la dosis para adultos

Farmacoterapia

- **Dosis IV/IO de adrenalina:** 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 0,1 mg/ml). Dosis máxima de 1 mg. Repita cada 3 a 5 minutos. Si no hay acceso vía IV/IO, puede administrar una dosis endotraqueal: 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 1 mg/ml).
- **Dosis IV/IO de amiodarona:** bolo de 5 mg/kg durante el paro cardíaco. Se puede repetir hasta 3 dosis totales para la FV refractaria o TV sin pulso.
  o bien
  Dosis IV/IO de lidocaína: Inicial: dosis de carga de 1 mg/kg.

Manejo avanzado de la vía aérea

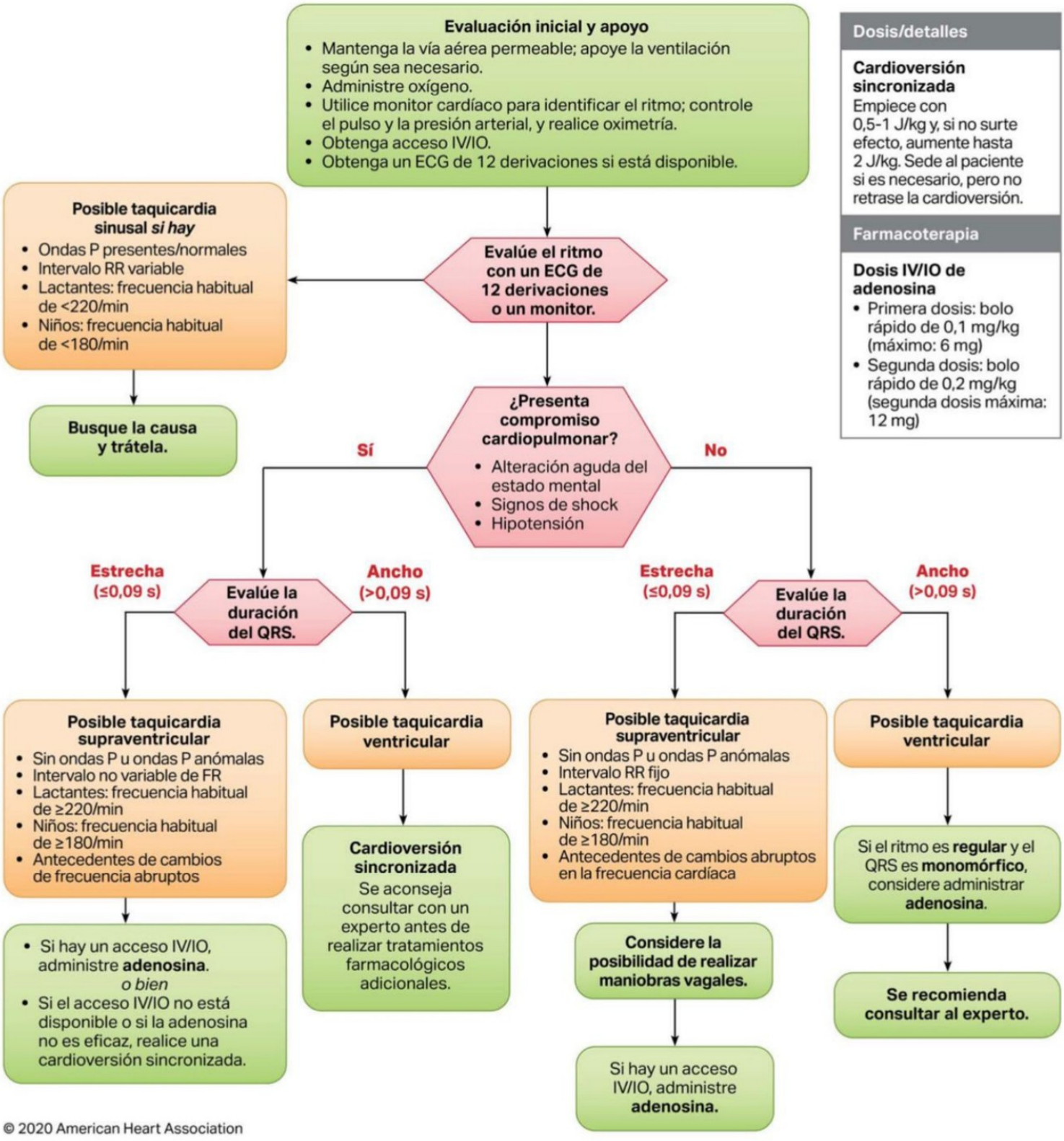
- Intubación endotraqueal o dispositivo supraglótico para el manejo avanzado de la vía aérea.
- Capnometría o capnografía para confirmar y monitorizar la colocación del tubo ET.

Causas reversibles

- **H**ipovolemia
- **H**ipoxia
- **H**idrogenión (acidosis)
- **H**ipoglucemia
- **H**ipo-/hiperpotasemia
- **H**ipotermia
- **T**ensión, neumotórax (a tensión)
- **T**aponamiento cardíaco
- **T**oxinas
- **T**rombosis pulmonar
- **T**rombosis coronaria

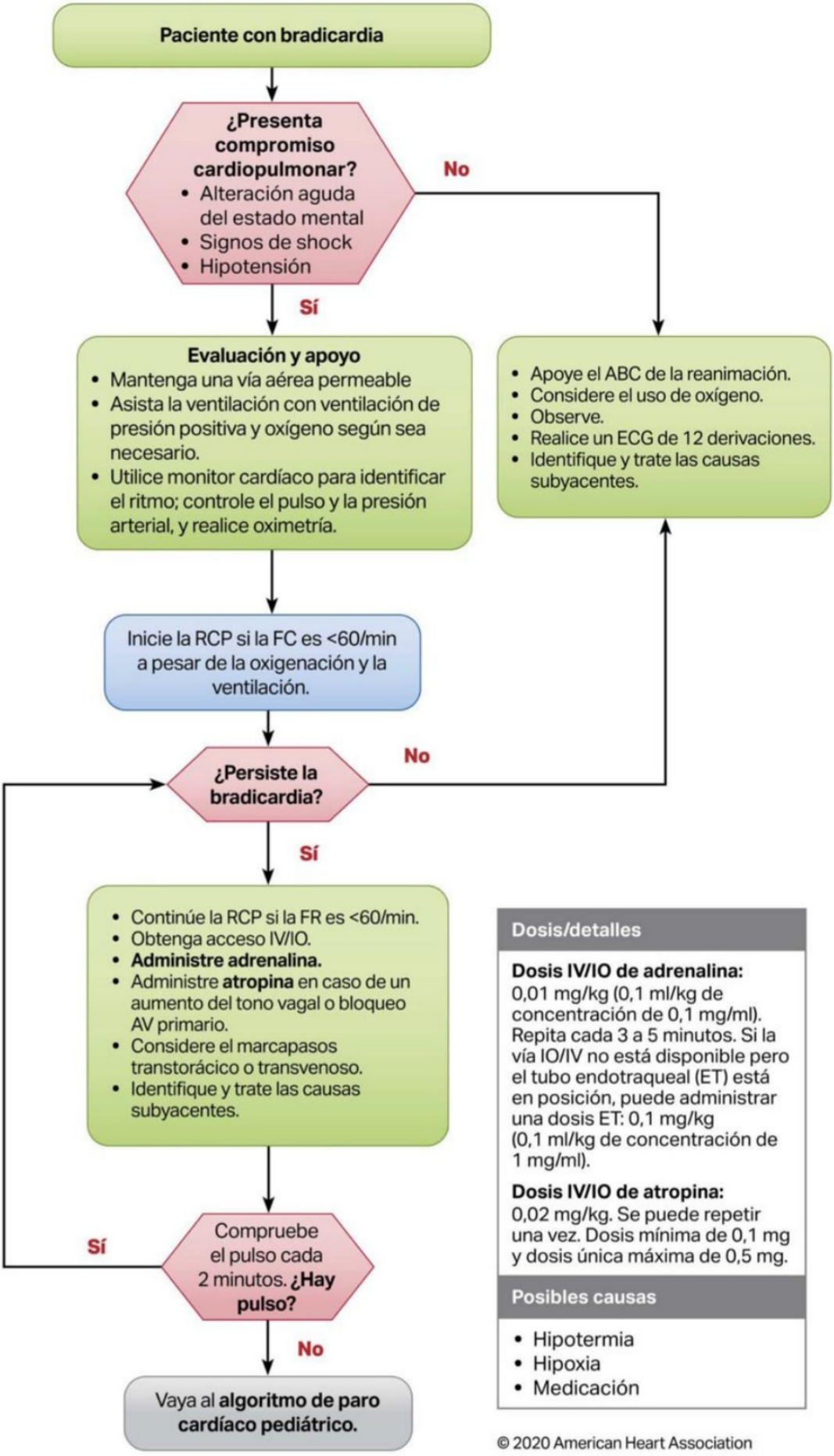
© 2020 American Heart Association

Algoritmo de taquicardia pediátrica con pulso


Evaluación inicial y apoyo
• Mantenga la vía aérea permeable; apoye la ventilación según sea necesario.
• Administre oxígeno.
• Utilice monitor cardíaco para identificar el ritmo; controle el pulso y la presión arterial, y realice oximetría.
• Obtenga acceso IV/IO.
• Obtenga un ECG de 12 derivaciones si está disponible.
Dosis/detalles
Cardioversión sincronizada
Empiece con 0,5-1 J/kg y, si no surte efecto, aumente hasta 2 J/kg. Sede al paciente si es necesario, pero no retrase la cardioversión.
Farmacoterapia
Dosis IV/IO de adenosina
• Primera dosis: bolo rápido de 0,1 mg/kg (máximo: 6 mg)
• Segunda dosis: bolo rápido de 0,2 mg/kg (segunda dosis máxima: 12 mg)
Evalúe el ritmo con un ECG de 12 derivaciones o un monitor.
Posible taquicardia sinusal si hay
• Ondas P presentes/normales
• Intervalo RR variable
• Lactantes: frecuencia habitual de <220/min
• Niños: frecuencia habitual de <180/min
Busque la causa y trátela.
¿Presenta compromiso cardiopulmonar?
• Alteración aguda del estado mental
• Signos de shock
• Hipotensión
Sí
No
Estrecha (≤0,09 s)
Evalúe la duración del QRS.
Ancho (>0,09 s)
Estrecha (≤0,09 s)
Evalúe la duración del QRS.
Ancho (>0,09 s)
Posible taquicardia supraventricular
• Sin ondas P u ondas P anómalas
• Intervalo no variable de FR
• Lactantes: frecuencia habitual de ≥220/min
• Niños: frecuencia habitual de ≥180/min
• Antecedentes de cambios de frecuencia abruptos
• Si hay un acceso IV/IO, administre adenosina.
o bien
• Si el acceso IV/IO no está disponible o si la adenosina no es eficaz, realice una cardioversión sincronizada.
Posible taquicardia ventricular
Cardioversión sincronizada
Se aconseja consultar con un experto antes de realizar tratamientos farmacológicos adicionales.
Posible taquicardia supraventricular
• Sin ondas P u ondas P anómalas
• Intervalo RR fijo
• Lactantes: frecuencia habitual de ≥220/min
• Niños: frecuencia habitual de ≥180/min
• Antecedentes de cambios abruptos en la frecuencia cardíaca
Considere la posibilidad de realizar maniobras vagales.
Si hay un acceso IV/IO, administre adenosina.
Posible taquicardia ventricular
Si el ritmo es regular y el QRS es monomórfico, considere administrar adenosina.
Se recomienda consultar al experto.

© 2020 American Heart Association

Algoritmo de bradicardia pediátrica con pulso


Paciente con bradicardia
¿Presenta compromiso cardiopulmonar?
• Alteración aguda del estado mental
• Signos de shock
• Hipotensión
No
Sí
Evaluación y apoyo
• Mantenga una vía aérea permeable
• Asista la ventilación con ventilación de presión positiva y oxígeno según sea necesario.
• Utilice monitor cardíaco para identificar el ritmo; controle el pulso y la presión arterial, y realice oximetría.
• Apoye el ABC de la reanimación.
• Considere el uso de oxígeno.
• Observe.
• Realice un ECG de 12 derivaciones.
• Identifique y trate las causas subyacentes.
Inicie la RCP si la FC es <60/min a pesar de la oxigenación y la ventilación.
¿Persiste la bradicardia?
No
Sí
• Continúe la RCP si la FR es <60/min.
• Obtenga acceso IV/IO.
• Administre adrenalina.
• Administre atropina en caso de un aumento del tono vagal o bloqueo AV primario.
• Considere el marcapasos transtorácico o transvenoso.
• Identifique y trate las causas subyacentes.
Compruebe el pulso cada 2 minutos. ¿Hay pulso?
Sí
No
Vaya al algoritmo de paro cardíaco pediátrico.
Dosis/detalles
Dosis IV/IO de adrenalina: 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 0,1 mg/ml). Repita cada 3 a 5 minutos. Si la vía IO/IV no está disponible pero el tubo endotraqueal (ET) está en posición, puede administrar una dosis ET: 0,1 mg/kg (0,1 ml/kg de concentración de 1 mg/ml).
Dosis IV/IO de atropina: 0,02 mg/kg. Se puede repetir una vez. Dosis mínima de 0,1 mg y dosis única máxima de 0,5 mg.
Posibles causas
• Hipotermia
• Hipoxia
• Medicación

© 2020 American Heart Association

Lista de comprobación de atención posparo cardiaco pediatría

Componentes de la atención posparo cardíaco	Compruebe
Oxigenación y ventilación	
Mida la oxigenación y alcance una normoxemia de entre un 94% y un 99% (o la saturación de oxígeno normal o adecuada para un niño).	☐
Mida y alcance una $Paco_2$ adecuada para la afección subyacente del paciente y limite la exposición a hipercapnia o hipocapnia graves.	☐
Monitoreo hemodinámico	
Establezca objetivos hemodinámicos específicos durante el atención posparo cardíaco y revíselas a diario.	☐
Supervise con telemetría cardíaca.	☐
Supervise la presión arterial.	☐
Supervise el lactato sérico, la diuresis y la saturación venosa central de oxígeno para ayudar a guiar los tratamientos.	☐
Utilice bolos parenterales de líquidos con o sin agentes inotrópicos o vasopresores para mantener una presión arterial sistólica por encima del quinto percentil para la edad y el sexo.	☐
Manejo específico de la temperatura (MET)	
Mida y supervise continuamente la temperatura central.	☐
Prevenga y trate la fiebre inmediatamente después del paro y durante el recalentamiento.	☐
Si el paciente está comatoso, aplique MET (entre 32 °C y 34 °C) seguido de (entre 36 °C y 37,5 °C) o solamente MET (entre 36 °C y 37,5 °C).	☐
Evite los escalofríos.	☐
Supervise la presión arterial y trate la hipotensión durante el recalentamiento.	☐
Neurosupervisión	
Si el paciente presenta encefalopatía y hay recursos disponibles, supervise mediante un electroencefalograma continuo.	☐
Trate las convulsiones.	☐
Considere la obtención temprana de imágenes cerebrales para diagnosticar las causas tratables del paro cardíaco.	☐
Electrolitos y glucosa	
Mida la glucemia y evite la hipoglucemia.	☐
Mantenga los electrolitos dentro de los rangos normales para evitar posibles arritmias potencialmente mortales.	☐
Sedación	
Trate con sedantes y ansiolíticos.	☐
Pronóstico	
Siempre considere varias modalidades (clínicas y otras) sobre cualquier factor predictivo único.	☐
Recuerde que las evaluaciones pueden verse alteradas por MET o por hipotermia inducida.	☐
Considere el electroencefalograma junto con otros factores dentro de los primeros 7 días después del paro cardíaco.	☐
Considere la adquisición de neuroimágenes, como la resonancia magnética, durante los primeros 7 días.	☐

Nuevas cadenas de supervivencia pediatrica (intra y extrahospitalaria)

PCIH

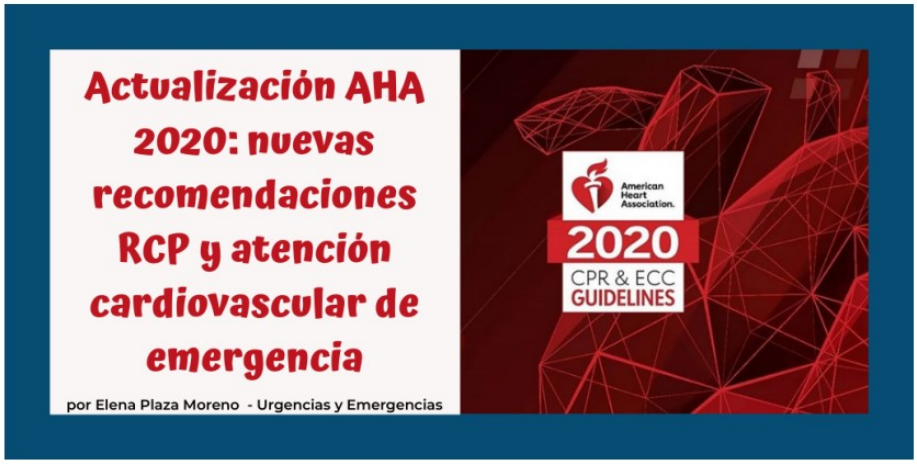
PCEH

Los algoritmos nuevos que no vienen en el documento: "Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association del 2020 para RCP y ACE"

CAMBIOS EN ALGORITMOS NO RECOGIDOS EN EL DOCUMENTO DE ASPECTOS DESTACADOS

Como os cuento en la entrada de mi web que aparece en la portada de este documento (que podéis ver aquí y al final de esta página), en la que analizo la actualización de AHA del 2020: no todos los cambios ni los algoritmos vienen en el documento Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association del 2020 para RCP y ACE.

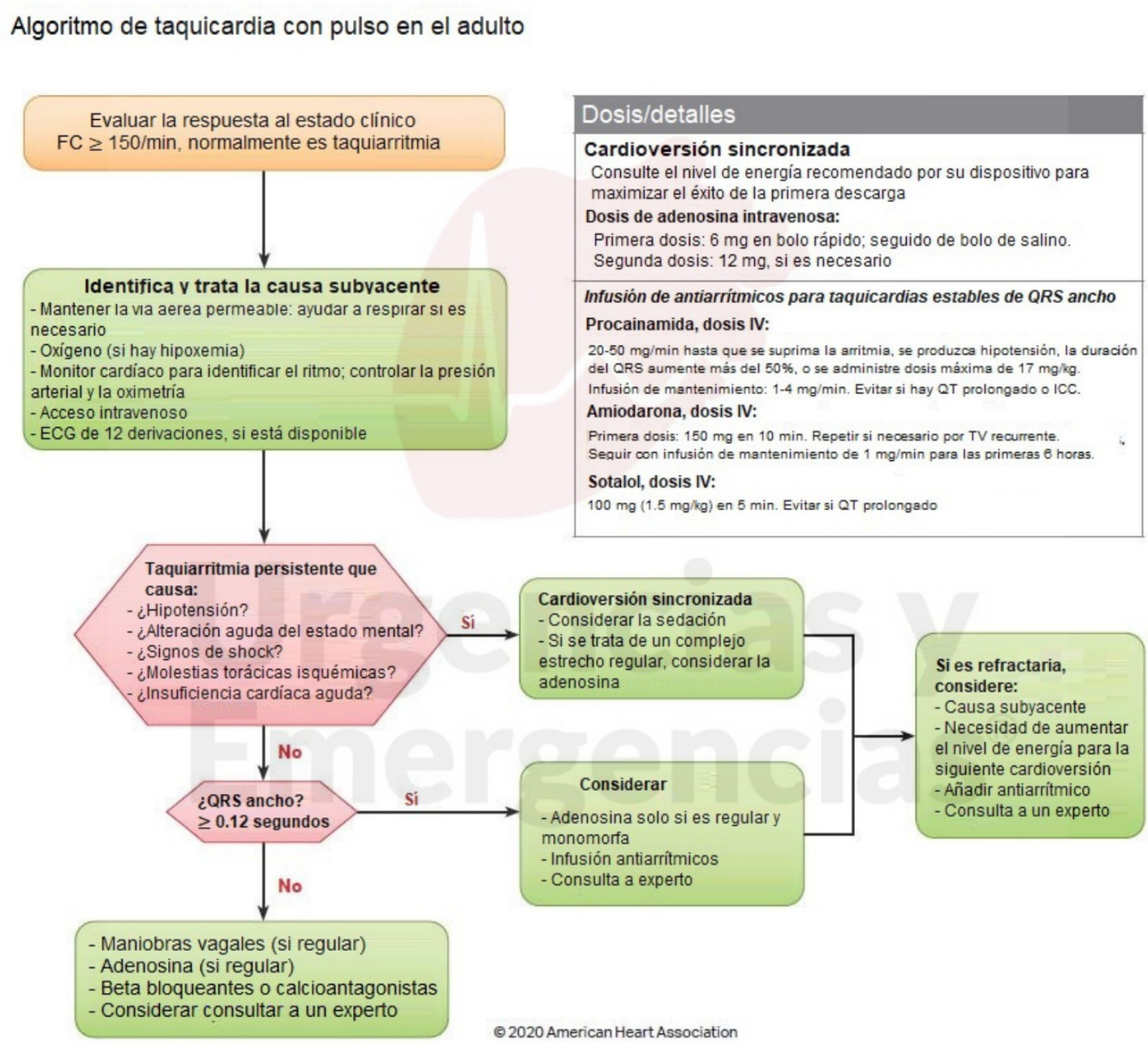
¿Por qué? No lo sé. Para ver estos cambios, accede a la entrada que te comento. Te adelanto que se han cambiado algunos aspectos del algoritmo de taquicardias, bradicardias, SCA y ACV. De todos, solo tenía bradicardias y taquicardias y en inglés. Así que he traducido estos dos para incluirlos en esta nueva versión del documento.


Actualización AHA 2020: nuevas recomendaciones RCP y atención cardiovascular de emergencia
por Elena Plaza Moreno - Urgencias y Emergencias
American Heart Association.
2020
CPR & ECC
GUIDELINES

Escanea el código QR o haz clic en la imagen para acceder al analisis de mi web

Algoritmo taquicardia adultos 2020

Traducción propia

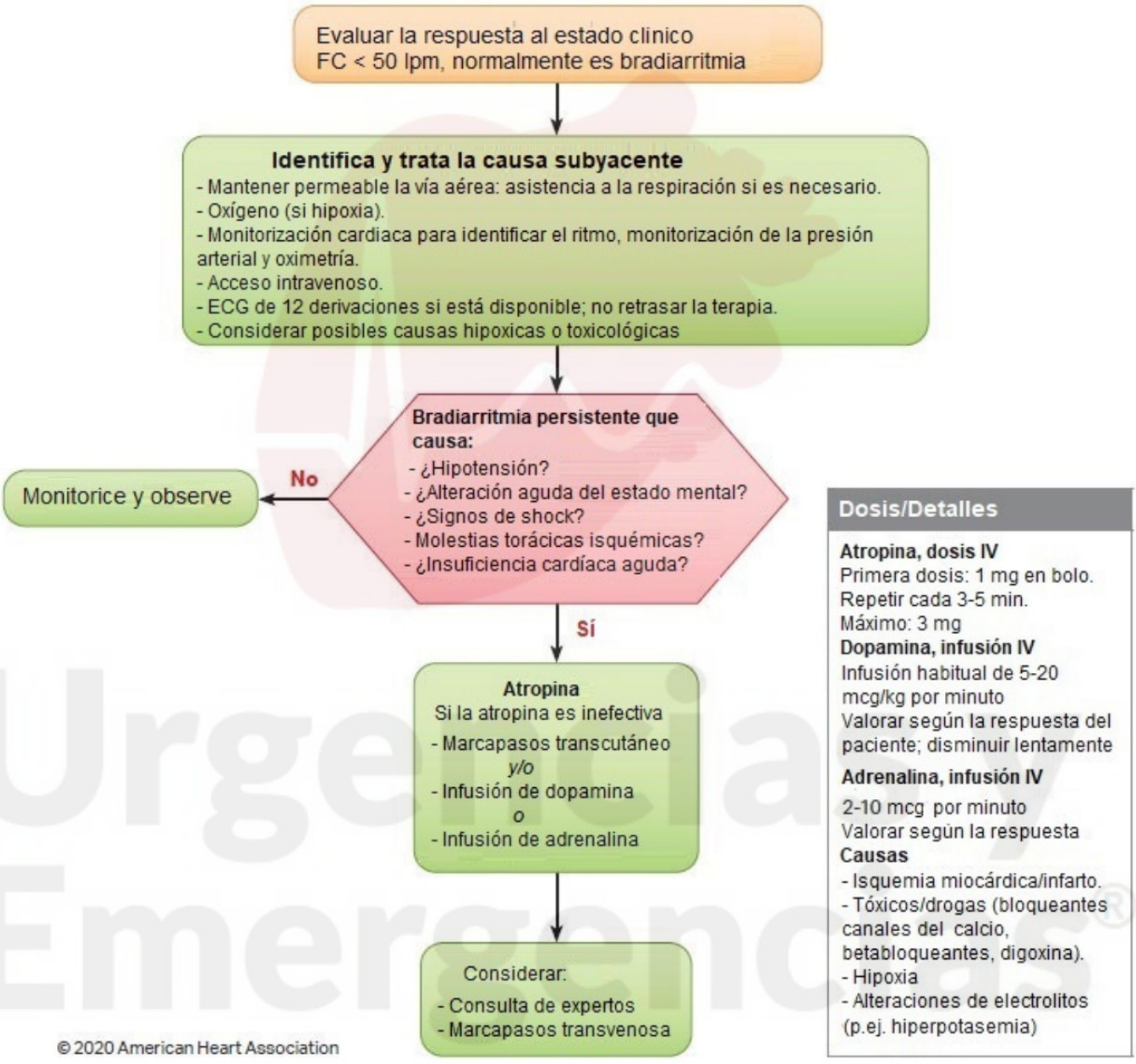

Algoritmo de taquicardia con pulso en el adulto
Evaluar la respuesta al estado clínico
FC ≥ 150/min, normalmente es taquiarritmia
Identifica y trata la causa subyacente
- Mantener la vía aérea permeable: ayudar a respirar si es necesario
- Oxígeno (si hay hipoxemia)
- Monitor cardíaco para identificar el ritmo; controlar la presión arterial y la oximetría
- Acceso intravenoso
- ECG de 12 derivaciones, si está disponible
Taquiarritmia persistente que causa:
- ¿Hipotensión?
- ¿Alteración aguda del estado mental?
- ¿Signos de shock?
- ¿Molestias torácicas isquémicas?
- ¿Insuficiencia cardíaca aguda?
Sí
Cardioversión sincronizada
- Considerar la sedación
- Si se trata de un complejo estrecho regular, considerar la adenosina
No
¿QRS ancho?
≥ 0.12 segundos
Sí
Considerar
- Adenosina solo si es regular y monomorfa
- Infusión antiarrítmicos
- Consulta a experto
No
- Maniobras vagales (si regular)
- Adenosina (si regular)
- Beta bloqueantes o calcioantagonistas
- Considerar consultar a un experto
Si es refractaria, considere:
- Causa subyacente
- Necesidad de aumentar el nivel de energía para la siguiente cardioversión
- Añadir antiarrítmico
- Consulta a un experto
Dosis/detalles
Cardioversión sincronizada
Consulte el nivel de energía recomendado por su dispositivo para maximizar el éxito de la primera descarga
Dosis de adenosina intravenosa:
Primera dosis: 6 mg en bolo rápido; seguido de bolo de salino.
Segunda dosis: 12 mg, si es necesario
Infusión de antiarrítmicos para taquicardias estables de QRS ancho
Procainamida, dosis IV:
20-50 mg/min hasta que se suprima la arritmia, se produzca hipotensión, la duración del QRS aumente más del 50%, o se administre dosis máxima de 17 mg/kg.
Infusión de mantenimiento: 1-4 mg/min. Evitar si hay QT prolongado o ICC.
Amiodarona, dosis IV:
Primera dosis: 150 mg en 10 min. Repetir si necesario por TV recurrente.
Seguir con infusión de mantenimiento de 1 mg/min para las primeras 6 horas.
Sotalol, dosis IV:
100 mg (1.5 mg/kg) en 5 min. Evitar si QT prolongado
© 2020 American Heart Association

- Se ha movido el acceso IV y el ECG de 12 derivaciones al paso 2 (antes en el algoritmo).
- Se añade un nuevo recuadro para la taquicardia refractaria y saber qué hacer si la cardioversión sincronizada no funciona o si la taquicardia con QRS ancho no cede con la infusión de adenosina/antiarrítmico.
- Han eliminado la recomendación de dosis de energía para cada tipo de taquicardia.

Algoritmo bradicardia adultos 2020

Traducción propia

Algoritmo de Bradicarida en el adulto


Evaluar la respuesta al estado clinico
FC < 50 lpm, normalmente es bradiarritmia
Identifica y trata la causa subyacente
- Mantener permeable la vía aérea: asistencia a la respiración si es necesario.
- Oxígeno (si hipoxia).
- Monitorización cardiaca para identificar el ritmo, monitorización de la presión arterial y oximetría.
- Acceso intravenoso.
- ECG de 12 derivaciones si está disponible; no retrasar la terapia.
- Considerar posibles causas hipoxicas o toxicológicas
Bradiarritmia persistente que causa:
- ¿Hipotensión?
- ¿Alteración aguda del estado mental?
- ¿Signos de shock?
- Molestias torácicas isquémicas?
- ¿Insuficiencia cardíaca aguda?
No
Monitorice y observe
Sí
Atropina
Si la atropina es inefectiva
- Marcapasos transcutáneo
y/o
- Infusión de dopamina
o
- Infusión de adrenalina
Considerar:
- Consulta de expertos
- Marcapasos transvenosa
© 2020 American Heart Association
Dosis/Detalles
Atropina, dosis IV
Primera dosis: 1 mg en bolo.
Repetir cada 3-5 min.
Máximo: 3 mg
Dopamina, infusión IV
Infusión habitual de 5-20 mcg/kg por minuto
Valorar según la respuesta del paciente; disminuir lentamente
Adrenalina, infusión IV
2-10 mcg por minuto
Valorar según la respuesta
Causas
- Isquemia miocárdica/infarto.
- Tóxicos/drogas (bloqueantes canales del calcio, betabloqueantes, digoxina).
- Hipoxia
- Alteraciones de electrolitos (p.ej. hiperpotasemia)

- La dosis de atropina cambió de 0.5 mg a 1 mg.
- La dosis de dopamina cambió de 2-20 mcg/kg por minuto a 5-20 mcg/kg por minuto.
- En "Identificar y tratar la causa subyacente", se añadió "Considerar las posibles causas hipóxicas y toxicológicas".
- En "Atropina", el marcapasos transcutáneo tiene "y/o" para la dopamina o la adrenalina (antes solo ponía "o", dando como posible poner solo una de las tres cosas. De estas forma, aceptan la combinación de la terapia eléctrica y la farmacológica.

SUSCRÍBETE

SOMOS DEL #EQUIPOEXCELENCIA Y NO SE NOS ESCAPA UN PROTOCOLO DE RCP, UNA ACTUALIZACIÓN SOBRE ALGUNA GUÍA DE ARRITMIAS NI NINGÚN ARTÍCULO INTERESANTE 😉.

MENSUALMENTE TE IRÉ ENVIANDO UN CORREO ELECTRÓNICO CON LAS NOVEDADES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS E INFORMACIÓN QUE SÉ QUE VA A INTERESARTE. SOLO TIENES QUE COMPLETAR Y ENVIARME UN FORMULARIO PARA NO PERDERTE NADA:

RECOPILACIÓN DE ALGORITMOS OFICIALES PROPIEDAD DE AHA -
AUTORÍA: ELENA PLAZA MORENO - URGENCIAS Y EMERGENCIAS